

支給決定並支出伺	常務理事	部長	課長	主任	係	所属	
						記番号	
	支給期間				支給決定額		
	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日						
	資格関係 照合済	昭・平・令 年 月 日 取得 令 年 月 日 喪失		備考			

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 名		生 年 月 日	昭 平 年 月 日
	被 保 険 者 住 所	〒				
	事 業 所 の 名 称					
	被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	氏 名		生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
	傷 病 名			負 傷 又 は 発 病 の 年 月 日	令和 年 月 日	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因			傷 病 の 経 過		
	診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 師 等 の 住 所 ・ 氏 名					
	診 療 又 は 手 当 て の	内 容				
		期 間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日 間	費 用	円
	保 険 診 療 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由 に ○ 印 を つ け 、 理 由 を 記 入	1. 治療用装具の装着 装着日 令和 年 月 日 2. 自費での受診 理由() 3. その他 理由()				
	傷 病 が 第 三 者 の 行 為 に よ る 場 合 は そ の 内 容 第 三 者 の 住 所 ・ 氏 名 (住所氏名が不詳であるときはその理由)	内容() 住所・氏名() 理由()				

上記のとおり請求します。

尚、この給付金の受領を保険給付金受領被委任者へ委任します。

令和 年 月 日

被保険者名 _____

鴻池健康保険組合理事長殿

※ 添 付 書 類 ①コルセット・義肢装着等に関する申請のときは、医師の意見書又は証明書(原本)、領収書(原本)をつけてください。
②やむを得ない理由で保険証を提示できなかったときは、領収書(原本)と別紙「領収明細書」をつけてください。

領収（施術内容）明細書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※「療養費支給申請書」に添付してください

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日			○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）									
	年 月 日										年 月 日												
	(フリガナ)										続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過									
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名										男 ・ 女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()									
昭・平・令 年 月 日生													○業務上・外、第三者行為の有無										
													1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他										

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間																	実 日 数			請 求 区 分													
	平・令 年 月 日			自令和 年 月 日～至令和 年 月 日																	日			新 規 ・ 継 続													
	傷 病 名 又 は 症 状																				転 帰																
																					継続・治療・中止・転医																
	マ ッ サ ー ジ			軀 幹 円× 回＝ 円 右上肢 円× 回＝ 円 左上肢 円× 回＝ 円 右下肢 円× 回＝ 円 左下肢 円× 回＝ 円																	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日																
	変 形 徒 手 矯 正 術			円× 肢 × 回＝ 円																																	
	温 電 法			円× 回＝ 円																	※往療を必要とした場合に記入																
	温電法・電気光線器具			円× 回＝ 円																	往療日 . . . 日																
	往療料 4 kmまで			円× 回＝ 円																	往療を必要とした理由																
	往療料 4 km超			円× 回＝ 円																																	
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)			円× 回＝ 円																																	
	合 計			円																																	
	施術日 通院○ 往療◎			月			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分			1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地									
	令和 年 月 日										所在地												
	免許登録番号										施術所名												
	あん摩マッサージ指圧師										施術管理者名			電話									

同 意 記 録	同意医師の氏名			住 所			同 意 年 月 日			傷 病 名			要加療期間		
							令和 年 月 日								

＜記入にあたっての注意事項＞

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の全ての領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

☐ 医師の同意書（原本）
 ☐ 施術報告書（写し）
 ☐ 往療状況確認表
 ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先 鴻池健康保険組合 業務課 TEL. 06-6121-5085
2022年4月版